DOSSIER D'INSCRIPTION *SERVICES MUNICIPAUX 20 ☐ /20 ☐*

Pôle Enfance Jeunesse

Saint-Marcellin en-Forez

Nom et Prénom de l'enfant : ☐

Date de naissance : ☐ / ☐ / ☐

Fille : ☐ **Garçon :** ☐ **Classe : PS** ☐ **MS** ☐ **GS** ☐ **CP** ☐ **CE1** ☐ **CE2** ☐ **CM1** ☐ **CM2** ☐

PARENTS OU RESPONSABLE LÉGAL :

Nom / Prénom du Père : ☐ **Date et lieu de naissance :** ☐

Adresse : ☐

E-mail : ☐

Profession : ☐

Employeur (facultatif) : ☐

☎Domicile : ☐ ☎Travail : ☐ ☎Portable : ☐

Situation familiale : mariés ☐ divorcés ☐ pacsés ☐ concubins ☐ célibataire ☐ veuf ☐

Autorité parentale conjointe : Oui ☐ Non ☐

Garde alternée : Oui ☐ Non ☐

Nom / Prénom de la Mère : ☐ **Date et lieu de naissance :** ☐

Adresse : ☐

E-mail : ☐

Profession : ☐

Employeur (facultatif) : ☐

☎Domicile : ☐ ☎Travail : ☐ ☎Portable : ☐

Situation familiale : mariés ☐ divorcés ☐ pacsés ☐ concubins ☐ célibataire ☐ veuve ☐

Autorité parentale conjointe : Oui ☐ Non ☐

Garde alternée : Oui ☐ Non ☐

N° allocataire : ☐

CAF – MSA – autres régimes (1) : ☐ **Votre quotient familial :** ☐

Enfant bénéficiant de l'allocation AEEH : ☐ **Notification MDPH à fournir**

ASSURANCES :

Nom et adresse de votre assurance responsabilité civile / dommages corporels : ☐

☐

N° de sociétaire : ☐

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT EN FIN DE SÉANCE :

Nom Prénom	Lien de parenté	Portable

PÉRISCOLAIRE (2):

Présence : Oui ☐ Non ☐

CENTRE DE LOISIRS :

Présence : Oui ☐ Non ☐

ÉTUDES SURVEILLÉES (4) : **Uniquement pour les primaires**

Présence : Oui ☐ Non ☐ ➡ Lundi ☐ Jeudi ☐

LES MERCR'DISTRACTIONS (5): (Places limitées à 96 enfants)	RESTAURANT SCOLAIRE (3):
Présence annuelle : Oui ☐ Non ☐ **Présence occasionnelle** : Oui ☐ Non ☐ Matin ☐ Matin + repas ☐ Repas + après-midi ☐ Après- midi sans repas ☐ Journée ☐	Présence : Oui ☐ Non ☐ **RÉGIMES SPÉCIFIQUES** Sans ☐ Sans viande ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Végétalien ☐ Végan ☐ Allergie alimentaire :

En cas d'allergie alimentaire ou de traitement médical merci de nous fournir une copie de l'ordonnance et du traitement en cours ainsi que le PAI (protocole obligatoire pour pouvoir être accueilli auprès des services municipaux)

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis à la structure sur le **logiciel INOE** et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

J'autorise la structure à saisir et conserver mes informations personnelles	☐ Oui ☐ Non
J'autorise la structure à saisir et conserver mes informations sanitaires	☐ Oui ☐ Non

1 Déplacement des enfants sur le trajet domicile / école

L'enfant est-il autorisé à repartir seul après les temps de périscolaire et centre de loisirs : **Oui** ☐ **Non** ☐

L'enfant est-il autorisé à repartir seul après l'étude : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

Si oui, je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir sur le trajet domicile / école/ domicile.

2 Droit à l'image.

Autorisez-vous la structure à utiliser les photos de votre enfant
(Sur des programmes d'animation, des diaporamas, des vidéos, la presse, etc.),
A L'EXCLUSION D'INTERNET : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐
Autorisez-vous la structure à utiliser les photos de votre enfant sur son site Internet : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

3 Déplacement

Autorisez-vous votre enfant à participer aux différentes activités (en particulier la marche), organisées par la mairie dont les déplacements se font à pied pour se rendre sur les lieux d'activités (gymnase, salle des fêtes, salle polyvalente, bibliothèque, stade de football ect..) : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐
Autorisez-vous votre enfant à être véhiculé (BUS, autres)
pour les sorties organisées dans le cadre des Mercr'distractions, AJM, ACM : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

4Urgence

Autorisez-vous, en cas d'urgence, le directeur à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire les traitements nécessaires à l'état de santé de votre enfant. Et je m'engage à rembourser les frais et honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐
Autorisez-vous votre enfant à être transporté en voiture particulière (si besoin) : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE

- ☐ *Attestation quotient familial (en cas de non transmission, le tarif le plus élevé sera appliqué)*
- ☐ *Photocopie attestation d'assurance, année en cours*
- ☐ *Photocopie des vaccins*
- ☐ *Fiche sanitaire*

Fait à Saint Marcellin en Forez,
Date et signature des parents
(Précédée de la mention lu et approuvé) **:**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de la collectivité. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à l'accueil.

(1) à renseigner, (2) réservation jusqu'à 6h30, (3) réservation 72H à l'avance, (4) à titre informatif, (5) selon grille de conditions